DOSSIER DU TRIMESTRE
« Les dépressions…
Une maladie ou un symptôme signal d'alarme ???

Par Dominique NASIM KRISCHEL
Psychothérapeute, Gestalt praticienne,
spécialisée en psychopathologie

Bien plus que le cancer pourtant si fantasmé par les patients, la dépression constitue la maladie des 20 et 21 èmes siècles : 1 femme sur 5, 1 homme sur 10.
En apparence les femmes sont donc 2 X plus touchées que les hommes, ce qui est faux : en réalité elles se confient plus facilement, expriment leur douleur, consultent des professionnels ; l'homme dépressif masque davantage sa souffrance, s'isole, tente de noyer ce qu'il éprouve dans le travail, l'alcool, l'agressivité ou l'irritabilité.

50 à 60 % des dépressions ne sont pas traitées ou même diagnostiquées et la moitié des dépressifs qui entament un traitement le suive mal càd par à coups, ce qui entretient la spirale infernale…parce qu'ils/elles sont découragé(e)s ou parce que leur dépression n'est pas détectée ou suffisamment prise en compte.
15 % d'entre eux/elles tentent un jour de se suicider dont la moitié se réussissent (surtout les hommes)…
La sécurité routière belge reconnaît d'ailleurs que près de 40 % d'accidents de la route sont inexplicables càd pas de mauvaises conditions climatiques, pas d'autre véhicule, pas de taches d'huile sur la route… Il s'agit peut-être d'un malaise du conducteur mais peut-être aussi de vouloir épargner les proches en laissant s'épanouir le doute : un accident est vécu par le dépressif comme plus « encaissable » par la famille qu'un suicide !

La dépression touche environ 4 millions de personnes en France et environ 1 million de personnes en Belgique, sans compter leurs proches pour qui c'est aussi très difficile ; statistiquement notre pays est quasi 2X plus touché que nos voisins ; nous arrivons d'ailleurs en tête au niveau européen dans la consommation de somnifères, tranquillisants et anti-dépresseurs….

Le terme de « dépression » est aussi souvent galvaudé, péjoratif ou utilisé à tort et à travers.
La dépression réelle est à ne pas confondre avec une déprime passagère, un « coup de blues » de quelques jours, un ras-le-bol ou un coup de gueule….

On parle de dépression réelle à partir de symptômes constamment installés depuis minimum 2 à 3 semaines sans discontinuer…. et dure environ 6 mois en moyenne (s'il ne devient pas chronique)

Les théories anciennes sur la dépression sont partiellement périmées : la science médicale et la psychothérapie considèrent aujourd'hui que la dépression n'est pas une maladie au sens strict du mot mais un ensemble de symptômes se manifestant de différentes manières recouvrant ce qu'on appelle actuellement « différents états dépressifs »

Les personnes déprimées éprouvent un ensemble de symptômes parmi lesquels arrivent en tête :

- ✓ la tristesse et /ou la culpabilité
- ✓ la cessation du plaisir et le manque de désir dans tous les domaines mais aussi sur le plan sexuel
- ✓ la difficulté à prendre des décisions,
- ✓ une tendance à s'observer (= rumination),
- ✓ une très grande fatigue même au réveil (83 %), des troubles du sommeil (98 %),
- ✓ des sensations d'oppression et de constriction dans la gorge et la poitrine (75 %)
- ✓ de l'anxiété, de l'appréhension, voire de l'agitation,
- ✓ ou à l'inverse, un ralentissement psychomoteur où la personne fonctionne au ralenti, où tout lui coûte des efforts surhumains
- ✓ des problèmes intestinaux surtt constipation (67 %) : « J*e retiens tout !* »
- ✓ de fréquents troubles de l'appétit (71 %) auxquels s'ajoutent éventuellement des troubles alimentaires comme la boulimie et l'anorexie
- ✓ des pertes de poids (63 %)
- ✓ ou des maladies psychosomatiques (maux de tête – 42 %- maux de nuque, colonne vertébrale – 42 %- ulcère, eczéma, tachycardie, diarrhée chronique…) qui masquent la dépression : *« le corps parle à la place de la bouche* ! »

Pour le dire de manière imagée et humoristique :

« La machine est fatiguée à l'intérieur et débranchée du monde extérieur »

Le déprimé ne peut pas se projeter dans le futur, il rumine le passé sans cesse et pollue ainsi son présent.

Nul(le) n'est à l'abri d'une dépression dans sa vie et ce n'est pas une faiblesse de caractère, quoique certains en pensent…
Les plus exposés sont d'ailleurs ceux qui se montrent « durs , battants » qui, lorsqu'ils s'écroulent un jour se fracassent de très haut…
Ou encore ceux qui ont appris tout petits à ne pas exprimer leurs émotions, à tout garder en soi, à tout refouler pour « préserver les apparences », « être fort(e) », « sauver la face ou l'honneur… »

Comme le dit si bien Amjad :
« Lorsque je n'exprime pas, j'encaisse, j'emmagasine,
je ravale, j'imprime au fer rouge à l'intérieur de moi…
A la longue des années, tout ce que j'ai imprimé, cela fait du monde à l'intérieur…
Tant de poids c'est trop lourd, le plancher cède, je déprime, je craque…
Quand je déprime trop c'est insupportable et cela doit finir :
soit j'explose, soit je me rends malade (= j'exprime par la maladie), soit j'implose
(dépression ou tentative de suicide ou conduite à risques…) »

On sait depuis peu que certaines dépressions ou maniaco-dépressions ou schizophrénies ou TOCS ont des origines génétiques MAIS, selon l'environnement dans lequel nous avons grandi, selon que ces dispositions génétiques seront cultivées ou non, elles se développeront ou dépériront ou seront en veilleuse.

Notre cerveau est un organe baignant et secrétant des substances chimiques appelés neuro-transmetteurs parmi lesquelles : l'adrénaline, la sérotonine, la mélatonine…
Certaines sont des hormones de stress, de colère, d'autres nous calment, d'autres nous euphorisent…
C'est en variant de l'extérieur ces substances que les psychiatres tentent de soulager le patient , c'est partiellement efficace et souvent nécessaire.
Si le patient l'accepte, on peut faire varier ces substances de manière naturelle et souvent définitive par la thérapie émotionnelle et corporelle (dont la Gestalt) qui modifie par l'expression d'émotions archaïques refoulées la chimie inadéquate du cerveau.
L'idéal est d'additionner les deux évidemment !

En plus précis, le psychisme ne change pas le matériel génétique (appelé génome, la structure du gène ne change pas) mais fait varier les protéines : ce sont ces protéines qui permettent la mobilité des neuro-transmetteurs . L'inné est donc adaptable et nuançable : on ne change pas les ingrédients mais on peut apprendre à réaliser différentes recettes au lieu d'être éternellement bloqué à reproduire la même

Bien qu'au centre ARBORESCENCES nous ne sommes pas des fervents d'une médication à long terme risquant d'entraîner une accoutumance, nous pensons qu'il est régulièrement judicieux d'additionner un traitement médical avec anti-dépresseurs (si possible temporairement) à une psychothérapie profonde.

En effet souvent la personne dépressive arrive dans un état alarmant, parfois très loin dans sa dépression, laminée et il est difficile de reconstruire efficacement d'emblée :

«Le bateau fuit de toutes parts et est en train de couler ! »

En accord et en collaboration totale avec le patient que nous associons concrètement à se reconstruire, nous l'accompagnons dans sa thérapie Et mettons en place un travail de réseau avec :

- **soit un médecin, généraliste si le patient en a un avec qui il peut parler, qui connaît bien les médicaments psy et qui est ouvert à la psychothérapie,**
- **ou avec un psychiatre spécialisé dans la chimie du cerveau mais qui reste dialoguant et humain.**

Il est hors de question d'assommer le patient par des médicaments qui le transformeraient en zombi et entraveraient la psychothérapie : en effet cette dernière a pour but de « débuguer » ce qui est en dessous de la dépression mais qui la génère. Il est donc capital que le patient ait encore accès à ses émotions mais qu'elles ne soient pas un tsunami dans lequel il/elle est totalement submergé(e)….

Ces 3 pôles (le patient allié à son psy et à son médecin) travaillent en réseau et en collaboration, d'abord à l'initiative du psy dans les premières phases ; puis, au fur et à mesure du développement de l'autonomie du patient c'est ce dernier qui fait le relais entre les pôles…
Ainsi le patient regagne petit à petit en estime de lui-même, diminue sa passivité et développe « step by step », petit pas par petit pas, son autonomie, même si les rechutes temporaires et partielles sont fréquentes.

Taux de réussite et de non-récidive : près de 70 %
SI et SEULEMENT SI addition de la psychothérapie
Et d'un soutien médicamenteux

Sources : La dépression en question – Opladis
et Ligue belge de la dépression

Donc, pour rester dans la métaphore « *du bateau qui a des trous dans sa coque, nous le mettons en cale sèche, nous colmatons les brèches avec lui comme il le veut ET à son rythme, éventuellement avec l'aide d'un soutien médicamenteux.*
Lorsqu'il est capable d'aller sur les flots nous l'accompagnons pour qu'il apprenne enfin à vraiment naviguer afin qu'il ne réitère pas les mêmes vieux processus qui, immanquablement, le reconduiraient à la même spirale infernale…. »

Outre d'éventuels anti-dépresseurs, la psychothérapie représente :

- **<u>Une alternative</u> par exemple pour ceux qui ne réagissent pas ou pour qui le traitement est contre-indiqué**

- **<u>Un complément aux anti-dépresseurs</u> dont elle complète l'action et dont elle potentialise l'efficacité et qui répond aux attentes du patient (désir de compréhension, recherche de sens…)**

- **<u>Un moyen de prévention des rechutes</u> par une modification durable des comportements, un changement des structures profondes de personnalité**

- **<u>L'accompagnement psychologique du patient déprimé</u>**

- **<u>L'accompagnement de sa famille</u> pour qui c'est souvent difficile et qui ne sait pas toujours quoi faire et ne pas faire : vivre au côté d'un grand dépressif est loin d'être évident…**

Les échelles de stress

Le tableau ci-après reprend quelques-uns des principaux événements de la vie : chacun a une valeur fixée à l'avance suivant les travaux de RIVOLIER (1989).
Cette échelle a été élaborée en dressant la liste des événements + ou – susceptibles d'entraîner un changement de vie et une adaptation du comportement : elle est basée sur l'interrogatoire de plusieurs centaines de personnes qui ont attribué à chaque événement une note de 1 à 20 en fonction de l'influence sur leur comportement.

Le risque de réaction pathologique est évalué par l'addition des évènements rencontrés en une année : faites un récapitulatif pour 2006 de ce qui vous est arrivé et additionnez les chiffres : la somme obtenue est l'indice de stress

Les statistiques scientifiques indiquent :

- À partir de 30 points : un petit risque d'ennui de santé ou psychologique apparaît

- à partir de 40 points le terrain est fragilisé et le risque de maladie ou de dépression est réel (près de 50 % !)
- à partir de 60 points : risque élevé de développer une maladie ou une dépression (80% !)
-

Si vous avez connu des changements de vie importants l'année écoulée, pensez qu'ils provoquent peut-être chez vous une sensibilité inhabituelle, prenez-en conscience…
Soyez moins exigeant envers vous-même et les autres : ce n'est pas le moment d'en rajouter en arrêtant de fumer, en entamant un régime strict, en changeant volontairement de service ….le tout en 3 mois de temps !!!

Prenez le temps de récupérer, octroyez-vous du temps de retrait, de récupération, des vacances, du ressourcement …

Tenez-en compte dans votre vision générale de VOTRE vie et pour la définition de vos objectifs.

Scores moyens de changement de vie (Rivolier 1989)

Par ordre décroissant de vulnérabilité et de souffrance
A noter que certains événements sont choisis et/ou heureux mais que c'est un stress quand même !

Décès d'un enfant	19,22
Décès du conjoint	18,76
Emprisonnement	17,60
Décès d'un membre de la famille	17,21
Infidélité du conjoint	16,78
Problème financier majeur	16,57
Faillite	16,46
Licenciement	16,45
Avortement – fausse couche	16,34
Séparation conjugale avec dispute	15,93
Passage en justice	15,79
Grossesse non désirée	15,57
Maladie grave d'un membre de la Famille	15,30
Chômage	15,26
Décès d'un ami proche	15,18
Dégradation du statut social	15,05
Maladie personnelle sérieuse	14,61
Début de relation extra-conjugale	14,09
Perte financière importante	14,07
Procès	13,78
Echec çà un examen important	13,52
Mariage non-désiré (ou mise en ménage) d'un enfant	13,24
Rupture de fiançailles	13,23
Disputes fréquentes avec le Conjoint	13,02
Disputes avec un membre de la Famille biologique	12,83
Dispute avec le fiancé(e)	12,66
Emprunt financier important	12,64
Dispute avec patron ou collègues	12,21
Dispute avec membre de la famille par alliance	12,11
Emigration vers un pays étranger	11,37
Ménopause	11,02
Problème financier mineur	10,91
Séparation d'avec un être cher	10,68
Préparation à un examen	10,44
Séparation conjugale sans heurts	10,33
Changement d'horaire de travail	9,96
Nouvelle pers.au foyer (ami, parent, enfant)	9,71
Retraite	9,33
Changement de conditions de travail (lieu, horaire…)	9,23
Changement de travail	8,84
Déménagement hors de sa ville	8,52
Changement d'école	8,15
Arrêt de scolarité	7,61
Départ d'un enfant du foyer	7,20
Réconciliation conjugale	6,95
Violation mineure de la légalité	6,05
Naissance (pour la mère)	5,91
Grossesse	5,67
Mariage	5,61
Promotion professionnelle	5,39
Maladie personnelle mineure	5,14
Déménagement ds la même ville	5,14
Naissance (pour le père)	5,13
Fiançailles des enfants	4,53
Vos fiançailles	3,70
Projet de maternité	3,56
Mariage désiré d'un enfant	2,94

Entourer les chiffres pour vous en 2006 – pour votre conjoint – vos enfants éventuels (utilisez différentes couleurs).
Effectuer les totaux, reporter à la feuille précédente pour les résultats.

Que prévoyez-vous en 2007 pour vous ? votre partenaire ? vos enfants ?

Tenez compte des 2 années : est-ce réaliste après ce que vous avez déjà vécu ?
Comment allez –vous prendre soin de vous ?
Quels changements réalistes faudrait-il apporter ?

<u>La phrase-clé</u> : **« J'affronte la vérité**
ET
je résous 1 seul problème à la fois ! »

Le centre « Arborescences » et toute son équipe se tient à votre disposition pour vous aider si besoin est.

Les troubles psychologiques en Belgique

1.200.000 personnes souffrent de dépression (toutes dépressions confondues) dont 500.000 de dépression grave et récurrente

200.000 personnes souffrent de TOCS (troubles obsessionnels compulsifs : tics, manies, vérifications frénétiques…)

100.000 pers. souffrent de troubles maniaco-dépressifs (alternance de phases d'hyper agitation et d'apathie)

100.000 pers. souffrent de troubles border-line (appelés aussi « état-limite » avec comportement « zapping », troubles de l'humeur dans l'instant, difficulté d'attachement et de détachement)

100.000 pers. souffrent de troubles d'ordre schizophrénique (hallucinations auditives et/ou visuelles)

50.000 pers. souffrent de troubles parano (peur excessive des autres qui seraient vécus comme dangereux, refermement sur soi, cloîtré chez lui)

50.000 suicides (y compris tentatives de suicide)

Sources : Laboratoire pharmaceutique Janssen-Cilag
sur le site belge « Psychiatrie.be »

Ajoutons qu'il existe différentes formes de dépressions avec des degrés divers de gravité, parmi lesquels principalement

1. **les dépressions dues à un problème organique**
2. **les dépressions endogènes**
3. **les dépressions psychogènes**
4. **les dépressions saisonnières**
5. **les dépressions masquées**
6. **les dépressions du sujet âgé**
7. **les dépressions féminines avec des variations hormonales**
8. **la dépression accompagnée de troubles anxieux**

Quelques mots en bref pour s'y retrouver….

1. Les dépressions dues à un problème organique

Dans ce cas là, la dépression n'est pas la cause du malaise mais une réaction à un problème physique grave ou vécu comme tel qui provoque un état de choc ET un état dépressif .

Le patient se voit (à tort ou à raison) gravement diminué ou handicapé: apparition d'un cancer, d'une épilepsie, de Parkinson, ou de toute autre maladie vécue comme handicapante ou infamante ; cela peut être aussi en réaction à un accident de la route, ou un accident domestique… *« Je ne serai plus jamais la même !! …. »*

Donc, à l'annonce d'une maladie grave, il est capital de se faire aider par une psychothérapie de soutien, ce que le patient ne fait généralement pas obnubilé par son traitement médical …
Les cancéreux ont 11 X plus de risques de développer une dépression dans l'année de l'annonce de leur maladie (étude belge de la Communauté française)

Une variante est le patient qui, après une maladie mineure mais affaiblissante, reprend son travail trop tôt sans être en pleine possession de ses moyens : le risque d'épuisement physique et mental, qui est appelé aujourd'hui « burn-out » se profile alors à l'horizon avec acuité….

Ne pas prendre soin de soi au niveau physique ET psychologique entraîne et accentue les risques de dépression majeure

2. Les dépressions endogènes

Même si parfois c'est un élément externe qui est le détonateur, il s'agit de personnes prédisposées à la dépression de manière interne en raison d'affections héréditaires ou de problématique de chimie du cerveau que la science commence à peine à découvrir : certains neuro-transmetteurs sont présents en trop faible ou trop grande quantité. (carence en sérotonine entre autres…)

Ces personnes ont besoin d'une psychothérapie de soutien ET de fond mais aussi et surtout d'un traitement médical approprié au niveau cérébral avec un suivi de spécialiste de manière régulière pour développer un confort de vie selon ces 2 principes.
Ils ne pourront sans doute quasi jamais arrêter leur traitement comme un diabétique ne peut que rarement arrêter son insuline…

Leur évolution est donc linéaire (càd quasi pas d'évolution) et ne comporte fréquemment que des phases dépressives souvent depuis très jeunes ou à l'inverse se révèlent dans les dépressions du sujet âgé qui explose le plus souvent lors du placement en hospice ou en seniorie càd lorsque le senior est « déraciné de ses repères » .
Il/elle était sans doute dépressif avant mais de manière masquée et donnait le change à ses proches : la retraite, le veuvage, le placement fait brutalement émerger la dépression sous-jacente…

Plus rarement certains alternent des phases dépressives apathiques et des phases maniaques d'agitation extrême « speedé » : on parle alors souvent de personnalité maniaco-dépressive qui se soigne :

- par un apport A VIE de lithium
- ET une psychothérapie de fond pour constituer un socle solide qui leur fait défaut
- ET une thérapie ponctuelle de soutien quand il est stabilisé pour prévenir avant de rechuter car cela reste des personnalités très fragiles en cas de nouveau coup dur…

A noter que dans ce dernier cas et lors de gros coups durs, une aide temporaire de médicaments anti-dépresseurs est souvent soulageante car ces patients restent des personnalités fragiles.

Autre caractéristique : pas trop de problèmes d'endormissement mais le sommeil est superficiel et sans cesse entrecoupé, sommeil léger, peu ou non réparateur et hypervigilance

3. Les dépressions psychogènes

Elles résultent plutôt d'une réaction à un évènement extérieur vécu comme trop dur et insupportable : cela peut être un gros traumatisme ou « une goutte qui fait déborder le vase qui est la goutte en trop » suite à une succession de petits traumas passés quasi inaperçus.

Principaux facteurs déclenchant : les conflits sentimentaux, l'infidélité, les situations conflictuelles au boulot, le harcèlement moral, l'alcoolisme ou la toxicomanie du conjoint, les difficultés financières et surtt le surendettement, le surmenage psychique durable et notamment le « burn out », la privation de relation humaine (veuvage, divorce, retraite isolée…), l'annonce de la maladie brutale d'un proche ou de son décès, l'impossibilité à lui avoir dit au revoir…

Autre caractéristique : trouble rebelle à l'endormissement avec des pointes d'anxiété le soir (dès le crépuscule) et risque de prise d'alcool ou d'autres toxiques

Pour trouver un soulagement ou « anesthésier leur douleur », nombre de ces patients ont d'abord eu recours à une utilisation abusive d'alcool, de somnifères et de tranquillisants ou se sont abrutis dans le travail…
Càd une « politique de l'autruche qui enfoncent sa tête dans le sable…. »
Ils en arrivent progressivement à un épuisement complet qui résulte de la prolongation de cette situation stressante pendant des années….

4. Les dépressions saisonnières

Les psys constatent depuis toujours qu'il y a abondance de déprime à la chute des feuilles de l'automne (novembre) ainsi qu'à la montée de la sève du printemps (avril/mai) comme si les changements (y compris saisonniers) constituent des étapes difficiles à traverser…

Par ailleurs notre climat belge gris et fréquemment pluvieux durant de trop nombreux jours et nos longues nuits d'hiver ont une influence néfaste sur de nombreuses personnes qui manquent de lumière…

Appelé S.A.D. : désordre affectif saisonnier (seasonal affect desorder) ce trouble (appelé aussi trouble circadien) semblerait être une surproduction excessive de la mélatonine, une hormone reliée au cycle du sommeil et à l'horloge biologique.

Si des vacances hivernales au soleil aident (mais c'est cher !) ou une luminothérapie avec des lampes adéquates (disponibles en grandes surfaces, PAS de bancs solaires !) sont soulageantes, la psychothérapie reste un outil fondamental car il s'agit de personnes qui vivent avec un fond dépressif latent qui se réactive et se réveille lors de ces changements climatiques ; il est donc plus efficace de traiter ce fonds en latence par une psychothérapie afin soit qu'il soit résolu, soit que le patient apprenne à s'occuper de lui préventivement à ces périodes difficiles avec ou non l'aide d'un soutien médicamenteux de fond et de confort.

Voir article sur la luminothérapie dans le magazine « Psychologies » de janvier 2007

5. <u>les dépressions masquées</u>

Il s'agit de patients dépressifs, davantage d'hommes que de femmes, qui éprouvent un sentiment d'infériorité non reconnu qui se traduit par une irritabilité où la personne ne se sent pas ou plus à sa place, se sent moins utile ou inutile (chômage, pré-pension ou retraite mal vécus ou totalement imprévus) .

Très souvent la personne qui souffre de dépression masquée ne parle pas, fait « comme si », ment aux autres mais aussi surtt à elle-même, joue les fort(e)s, les battant(e)s et accumule frustrations et rancoeurs.

Il/elle ne parle pas et ses rares tentatives sont sporadiques, maladroites, obscures et sybillines : le/la partenaire de vie, les enfants n'ont bien souvent rien capté car le message n'est pas du tout clair, leur perception et l'habitude d'être aux côtés de « qqun de fort qui assume » (!) ne les encline pas non plus à ce discernement.

D'autres fois, si les proches captent bien que quelque chose ne va pas de manière diffuse, cela reste tellement non-dit et flou que nombreux pensent que c'est léger et passager alors qu'il n'en est rien. Ou même que le dépressif prétend que tout va bien :
« Avec quoi tu viens… ! Mais c'est toi qui as un problème, pas moi…
D'ailleurs, regarde, je continue ma vie comme avant… »

Le dépressif masqué se confirme alors qu'il est incompris, seul au monde et se referme encore davantage. Il/elle rumine en boucle des pensées noires comme :
« J'ai tant fait pour les autres et il/elle ne me soutient même pas ! »
« Il/elle devrait comprendre, deviner ! »
« Tu dis que je n'ai rien dit, c'est faux ! Je t'en ai parlé, tu n'as rien compris… ! »

Lorsqu'enfin un jour, parfois des années plus tard, il/elle parle, c'est souvent sur un mode accusateur et revanchard

Donc il est fréquent :

- soit ils n'en parlent <u>jamais</u> et meurent enfermés et désespérés dans une représentation d'eux-mêmes totalement erronée mais qu'ils préservent pour sauvegarder les apparences et justifier ce sur quoi il/elle a bâti sa vie car remettre ce château de cartes en question qui n'est donc qu'un château de cartes branlant est insupportable→ fuite en avant jusqu'au bout au prix de se perdre soi-même

- soit ils parlent brusquement <u>suite à une maladie grave</u> et le temps qu'il/elle lui reste peut encore être aménagé pour dire enfin les choses, partager et (qui sait ?) réparer ce qui peut l'être

- soit ils parlent sur leur lit d'agonie, voulant partir « en mettant leurs affaires en ordre »

Dans ces 2 derniers cas, une aide d'un psychothérapeute (à domicile ou à l'hôpital) peut faciliter au grand dépressif la traversée des différentes étapes, l'aider à verbaliser et aussi aider les proches à recevoir ce qui a longtemps été tu et qui peut être ressenti comme un coup de théâtre.

6. Les dépressions du sujet âgé

Comme le dit l'adage « *On ne transplante pas facilement les vieilles plantes !* », donc quitter son appartement vers une seniorie, même de qualité, voire changer de seniorie pour valides vers un placement en home pour moins valides est souvent corollaire d'une phase dépressive, souvent sévère, généralement temporaire; malheureusement s'il/ elle n'est pas soignée elle peut s'installer de manière récurrente.

Chez la plupart des gens les changements sont source de stress mais c'est particulièrement vrai chez les personnes âgées qui attachent énormément d'importance à rester chez eux/elles, à leurs rituels et à leurs marottes.
Ceux qui ont gardé des activités extérieures (club de bridge, de scrabble, de tricot, expositions, match de foot, baby sitting, bénévolat, dames de l'ONE…) le traversent mieux que ceux qui vivent déjà reclus, refermés sur eux-mêmes.
Ceux qui ont des visites régulières et des chouettes contacts avec leurs proches et/ou leurs voisins aussi, càd ceux qui ont gardé un réseau social.
Ceux qui ont un ou des animaux également.
L'idéal est très logiquement une addition des 3 points car ces aînés ont appris à composer, à créer avec leurs limites et non pas à s'appauvrir sur une portion congrue comme une peau de chagrin racornie.

Pour mieux vivre nos « vieux jours » ou notre pré-retraite il est important de préparer préventivement et gaiement nos 60 – 80 ans pour mieux vivre notre 4ème âge des 75 – 90 : COMMENT ?
En gardant des activités agréables (y compris affectives et sexuelles) pour aller vers l'intensité et non plus la quantité ou aider nos parents et grands-parents à sortir de chez eux et d'eux-mêmes pour qu'ils vivent mieux leur 4ème âge et nous à travers eux….
Càd les aider à les rendre plus utiles (donc plus autonomes !) dans leur tête pour compenser la perte d'autonomie physique due à l'âge

Si le placement est inéluctable, chercher une seniorie à taille humaine où il/elle pourra garder une partie de ses meubles (= recréer un noyau sécuritaire) et si possible garder un animal domestique (= garder un lien affectif), leur créer des habitudes (même jour de visite, même heure, même goûter avec les enfants, un autre avec les petits enfants, faire court maximum 1 ou 2 H pour ne pas les fatiguer et le faire plus souvent pour ne pas se lasser soi-même…)

Pour plus de détails : Voir le dossier sur les seniors du périodique précédent (« Actualités d'ARBO sept. 2006) en ce qui concerne les techniques psy adéquates à cet âge et les maladies de la vieillesse qui accentuent ces problèmes.

L'Autriche, la France et la Belgique sont en tête des suicides des hommes de 60 à 80 ans qui se réussissent d'emblée et ont peu ou pas du tout prévenu . Les suicides des femmes très âgées sont nettement moins nombreux et il y a davantage de tentatives de suicide que de réussites, ce qui ne veut pas dire qu'elles ne sont pas intenses et à traiter d'urgence, avec un risque de dégénérescence et de chronicité.

7. Les dépressions féminines avec variations hormonales

La femme (plus que l'homme même si on parle enfin aussi d'andropause) est sujette à des variations hormonales qui font varier son humeur : non seulement dans son cycle menstruel où l'on parle de « syndrome pré-menstruel » mais aussi après l'accouchement, le fameux baby-blues, la dépression post-partum et les dépressions lors de la (pré) ménopause

Le baby blues de la jeune accouchée

Le baby blues est une dépression temporaire (8 à 15 jours) de la jeune accouchée, ou plus exactement une fragilité émotionnelle et subite, due :

- d'abord à la chute brutale d'hormones après l'accouchement
- l'autre partie est une perte de ses repères totale et une réorganisation de sa vie et de son couple : de 2 le couple passe à un triangle de 3 où tout tourne autour du bébé
- cet établissement d'un fragile équilibre ou d'un déséquilibre sera dépendant des bonnes ou mauvaises conditions psychologiques qui accompagnent cette naissance: accouchement pénible ou bien vécu, attitude du conjoint, placement du bébé en néo-natal, conditions de discrédit ou de soutien du personnel médical et des proches, irruption de la réalité bien loin des images caricaturales idylliques du bébé Cadum et de la jeune mère mince et épanouie …

Un soutien positif et non critique de femmes expérimentées, un groupe de paroles de jeunes mères à l'hôpital, voire une psychothérapie de soutien peut s'avérer très utile et empêcher une réelle dépression de s'installer

La dépression post-partum

C'est la même que la précédente mais qui s'installe parce que non soignée ou toutes sortes de situations où le climat s'envenime gravement comme le bébé est maintenu en néo-natal, le conjoint choisit ce moment pour tromper sa femme ou la quitter, il/elle perd son emploi… Càd une aggravation de la situation précédente ET une addition de traumatismes.

Pour soigner de manière optimale cette dépression nécessite d'emblée :
ET un soutien médicamenteux par un spécialiste
Et une psychothérapie de soutien
ET un espace de paroles pour jeunes mères comme les consultations ONE, les Maisons vertes de Françoise DOLTO, ou un groupe de thérapie de femmes

Les dépressions de la (pré)ménopause

Les femmes ménopausées (règles totalement disparues depuis min.1 an) et surtout en pré-ménopause (45 à 50 ans) souffrent quasi toutes de maux physiques et de deuils psychologiques : c'est un processus avec changement de repères et une étape de croissance à traverser et à construire.

Maux physiques : bouffées de chaleur (80 %) , troubles du sommeil dans la 2ème partie de la nuit, grande fatigue due au sommeil partiel, maux de tête, sècheresse des muqueuses (bouche, nez, vagin), palpitations, crampes, fourmillements ; lourdeur des jambes, doigts boudinés

Deuils psychologiques : deuil de la fertilité, troubles sexuels (sécheresse), perte de libido, nervosité, irritabilité, perte de confiance en soi, problèmes de concentration et de mémoire, prises de poids→ modification du corps : *« Suis-je encore désirable ? »*

Elle est souvent mise à distance entre les jeunes générations qui n'ont plus tant besoin d'elle mais qui squattent la maison qu'elle vit péjorativement comme un hôtel et les ascendants très âgés qui deviennent une charge ou qui décèdent. :

« Quelle est ma place ? A qui suis-je utile ? »

Celles qui ont gardé des activités extérieures, professionnelles ou autres, traversent ces épreuves avec moins de séquelles.

Le rôle du partenaire de vie est capital pour soutenir et rassurer la femme, voire créer une nouvelle complicité à deux, ou, au contraire, renforcer l'idée que la sexualité et la tendresse c'est fini.

La diminution de l'excitation sexuelle semble davantage reliée aux facteurs psychiques et aux difficultés relationnelles avec le partenaire qu'aux facteurs hormonaux. Le vieillissement nécessite des ajustements, en particulier une « plus longue préparation » sexuelle de la femme. Si ce n'est pas dit clairement et explicité (éventuellement par un médecin, un psy ou un sexologue) cela peut conduire l'homme à un sentiment d'échec, à la crainte d'avoir lui aussi des problèmes (*Ah… Se remettre en cause n'est pas facile pour certains hommes de cet âge* !) et l'encourager à abréger des préliminaires et accroître ainsi la mésentente sexuelle.

Il est observé que la sexualité et la relation conjugale après la ménopause dépendent de ce qui se passait auparavant. Si une harmonie sexuelle et affective était présente, la persistance de l'affection et du désir chez le partenaire peut stimuler celui de la femme.

Si la relation était fissurée ou basée sur des rapports de force cela s'accentuera vraisemblablement…

C'est malheureusement parfois le moment que choisissent certains hommes pour choisir une plus jeune compagne ou des maîtresses plus fringantes pour se rassurer inconsciemment sur leur séduction et leurs performances….

Approche thérapeutique psychosomatique :

Gynécologie : probl.locaux, dépistage cancer, MST, mammographie, pallier à la sécheresse des muqueuses …

Méthodes corporelles : relaxation, gymnastique douce, aquagym, biofeedback pour réapprivoiser son corps et le découvrir différemment

Traitement hormonal de substitution par allopathie, homéopathie ou naturelle (capsules de soja) pour réduire bouffées de chaleur, fatigue…

Apprendre à s'occuper de soi et plus trop des autres : Soigner sa peau, ses cheveux, (tous les deux plus fragiles à cause de la chute d'hormones), son image de soi, son alimentation.

Sexologue si nécessaire : éventuellement pour apprendre le mode d'emploi au mari !

Suivi médicamenteux psy : si nécessaire uniquement ET temporairement ET sous surveillance médicale par un spécialiste plutôt qu'un généraliste

Préférer les anti-dépresseurs couplés ou non avec des anxiolytiques plutôt que des tranquillisants et des somnifères qui assomment la patiente….
Arrêter par paliers sous contrôle médical, JAMAIS en 1 x !
Ou Garder de faibles doses de soutien si nécessaires.

Psychothérapie : soit de soutien en individuelle, soit de groupe pour seniors, soit comportementale ou de couple

8. Les dépressions accompagnés de troubles anxieux

L'anxieux vit en permanence en anticipant un malheur, il attend un danger qui n'existe pas ou qui a existé un jour et qu'il a généralisé→ il est en hypervigilance jour et nuit et s'épuise lentement. Il ne faut pas confondre une anxiété normale qui, stimulant notre état d'éveil, nous rend plus aptes à réagir avec l'anxiété pathologique qui risque de détériorer nos performances. Cette dernière est différente de la peur qui joue un rôle adaptatif là où le danger est réel : la peur est motrice, l'anxiété tétanisante.

Les informations provenant de l'environnement arrivent au cerveau par nos 5 sens : yeux, oreille, peau… Elles sont analysées par notre cortex cérébral très raisonnable et cartésien mais aussi par d'autres régions du cerveau comme l'amygdale cérébrale qui est le centre carrefour de nos émotions et trop réactive chez les pers.anxieuses. L'amygdale est la région d'où sont émis les signaux de peur comme un système d'alarme dans notre maison.

Chez un sujet peu anxieux, ce processus cérébral bien réglé ne se met en marche que lorsqu'il y a un réel problème, il est donc utile puisqu'il sert à attirer notre attention sur un risque éventuel.

Chez certaines personnes prédisposées ou qui ont vécu des traumatismes aigus ou une succession de petits traumatismes ou d'anciens toxicomanes (cocaïne) ou alcooliques ou des personnes qui cessent brutalement un traitement de médicaments psy (ex benzodiazépines) ce système se dérègle, lance des signaux en l'absence de tout danger ou grossit des signes mineurs et déclenche un état d'anxiété pathologique.

Lorsque ces signaux se manifestent :

- soit ils descendent vers le tronc cérébral provoquant alors, suite à une forte secrétion d'adrénaline, l'apparition de symptômes physiques désagréables comme : palpitations cardiaques, sueurs chaudes ou froides, fourmillements, vertiges, hyperventilation respiratoire…,

- soit ils remontent vers le cortex et se mettent à affoler l'intelligence et à faire croire à l'anxieux qu'il existe un véritable danger qu'il intellectualise et l'argumentant pour justifier ce qu'il éprouve : son ressenti est réel, la construction mentale est justificatoire mais inconsciente

S'ajoute alors une production de cortisol qui, si elle dure, fait baisser nos défenses immunitaires ou affecter notre système vasculaire, ce qui explique à la longue la venue de certaines maladies chez les grands anxieux chroniques d'âge mûr.

4 catégories de Troubles anxieux :

- **anxiété généralisée ou « maladie du souci perpétuel** » :4 à 6 % des adultes

- **troubles de panique** : 2 % de la population adulte, surtt entre 20 et 30 ans caractérisée par des attaques de panique, bouffées d'angoisse, peur de la mort et/ou de la folie avec ressenti extrême (voir page précédente), sensation d'étouffer, d'arrêt cardiaque… imaginaires mais vécus réellement donc avec bcp de souffrance physique et psychique

- **troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C.S)** ou « trouble du doute constant »: 3 % de la population avec 3 rituels de base :
  - les vérificateurs : ai-je fermé le gaz, les portes de l'auto ????
  - les laveurs : se laver les mains 50 X en 3 H, laver frénétiquement la tétine du petit, faire ses poussières 2 X /jour, stériliser tout au Javel ou au Dettol…
  - les compteurs : compter les plaques minéralogiques, les carreaux du sol, les voitures rouges, les perles du portique en bois….

  Il s'agit de rituels conjuratoires qui fonctionnent au début mais dont l'effet s'amenuise au fil des ans, donc le patient l'accentue et l'amplifie pour garder le même effet déanxiogène : il devient « accro » à ses rituels qu'il cache et dont il a honte, qui lui bouffe la vie, l'épuise et prenne des heures et des heures

- **les phobies** : mécanismes de défense pour ne pas sentir l'insupportable (?) déplacé sur un objet que le patient peut éviter facilement parmi lesquelles :
  peur de la foule – agoraphobie - : 2 %
  peur des animaux : oiseaux, des chats noirs, serpents, araignées… : 5 à 10 %
  peur du noir, du vide, de l'eau, des avions…
  càd en fait un besoin accru de contrôle du pseudo-objet qui fait peur, ce qui permet de dédramatiser ainsi leur réelle anxiété dont l'origine est inconsciente

  Traitement

  Absolument une collaboration du patient et de plusieurs professionnels càd allier :

  - ✓ un traitement de fond par anti-dépresseur sous suivi médical régulier, d'abord plus fort, puis plus léger, puis en traitement de fond très léger

- ✓ une psychothérapie comportementaliste pour apprendre « à faire autrement » quand surviennent quand même les symptômes mêmes allégés, c'est une espèce de déconditionnement inversé où le psy accompagne son patient « in life »…
  Cela marche mais dans 70 % des cas le symptôme migre vers une autre phobie ou une somatisation car ce qui est en dessous n'est pas résolu

- ✓ une psychothérapie émotionnelle et corporelle pour évacuer ce qui est inconsciemment « en dessous » et qui génère les troubles anxieux afin de résoudre le problème de fond.

Aides périphériques utiles en plus, mais non résolutives seules :

- ✓ des techniques d'apaisement : de yoga, relaxation, de sophrologie, d'haptonomie, de décharge émotionnelle pour aider et apprendre à « débuguer ! » au fur et à mesure

- ✓ pratiquer régulièrement des exercices physiques qui canalisent, même une simple marche

- ✓ Se trouver des rituels bénéfiques : mêmes h.de lever, même en cas d'insomnie, promener ses chiens à la même h, acheter tjrs la même marque de céréales, faire le même circuit de courses chez Colruyt….
  Càd une prescription positive du symptôme

Bibliographie – Internet - Associations

Livres :

- « La fatigue d'être soi » par JLouis SERVAN SCHREIBER Ed.Odile Jacobs 2000
- « Je vais craquer » par Dr Henry Cuche Ed.Flammarion 2003
- « Petites angoisses et grosses phobies » par Dr Christophe André Ed.du Seuil 2003

Sur les troubles parano : « L'homme parano » de Claude OLIEVENSTEIN
Coll.Opus 82 Ed.odile Jacobs 1998

Sur la situation belge : Pour en savoir plus : une formidable étude belge accessible à quasi tout public :
Dossier de la Communauté française de Belgique « La dépression »
par K.Bayingana et J.Tafforeau 2000 -
étude scientifique belge du centre de recherche en santé publique sur la situation des dépressifs en Belgique (très fouillé) –
106 pages disponibles gratuitement sur internet site Comm.française

Cours de 3ème cycle de Serge GINGER en psychopathologie et les références de ses nombreux ouvrages médicaux et scientifiques

Sites internet

Site www. psychiatrie.be -
Site www.depressionenquestion.be   -
Site www.opladis.be rubrique « psychologie »-
Site www.psychologies.com (du magazine du même nom)

Pour des renseignements d'ordre général et des forums :

Ligue belge de la dépression
30 rue de la Vinaudrée 1370 Jodoigne - Tél 070/23 33 24 de 10 à 13 h 30 -
www.depressionenquestion.be Mail : lig.depr@yucom.be

Projets pour enfants et adolescents déprimés :
Fondation Roi Baudouin 21 rue Brederode 1000 Bxl –
Tél 02/511 18 40 - www.kbs-frb.be

Quels professionnels ?

- Votre médecin généraliste pour un suivi et un bilan, si possible ouvert à la psychothérapie
- Un psychiatre spécialisé dans la chimie du cerveau, si possible ouvert à la psychothérapie (ce n'est pas le travail d'un généraliste…)
- Les psys en libéral (mais non remboursés par les mutuelles, parfois par certaines assurances privées sur prescription de psychiatres) : **choisir de préférence un professionnel bienveillant mais aussi actif, le dépressif ayant bcp de difficultés à sortir de sa passivité tout seul s'il n'est qu'écouté**
- Pour les revenus modérés, les psys des plannings familiaux ou des centres de santé mentale (très démocratiques mais plus centrés sur l'écoute bienveillante que sur la résolution de problématiques)

Que fait le centre ARBORESCENCES à ce sujet ?

1ère étape : Colmater les brèches

L'accompagnement se fait en général en psychothérapie individuelle dans les premiers mois avec, éventuellement, un soutien médicamenteux si nécessaire ET une collaboration avec le médecin traitant ou le psychiatre.

Le centre peut recommander 2 ou 3 adresses de généralistes ou de psychiatres externes ouverts à la psychothérapie avec lesquels nous avons l'habitude de collaborer. Durée de cette première étape : de 6 mois à 1 an

2ème étape : Apprendre à vivre et faire autrement qu'avant

Lorsque le patient souffre moins et se stabilise, une thérapie de fond peut être envisagée s'il le souhaite, en individuelle ou en groupe.
Le groupe donne de meilleurs résultats et plus rapidement.
Durée étape 2: en individuelle : 1 à 2 ans – en groupe : de 6 mois à 1 an en général

Remarques :
De manière globale plus jeune est la personne moins longue est la psychothérapie
Plus tard et plus longue dans la dépression lorsque le patient consulte, plus longue sera la cure psy
Mais nous arrivons très fréquemment à une guérison : 70 à 80 %

Centre « Arborescences »
18 av.Maurice DEKEYSER à 1090 Bruxelles (Jette)
Tél : 02/688 06 83 de 9 à 13 H - Web : www.psychoinfo.be
Mail : dominique.krischel@skynet.be